Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Beitrag zur Lehre
der
epileptischen Dämmerzustände.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
vorgelegt von

Franz Perlia
aus Krefeld.

Kiel 1913.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel.

Beitrag zur Lehre
der
epileptischen Dämmerzustände.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Franz Perlia
aus Krefeld.

Kiel 1913.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 94.
Rektoratsjahr 1912/13.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Anschütz,**
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153521_0100

Es gibt wenige Nervenkrankheiten, über welche so viel geschrieben wurde, die so oft der eingehendsten Forschung unterworfen wurden wie die Epilepsie. Trotzdem ist ihr Wesen unklar und die Erkenntnis, wenn es sich nicht um die direkte Beobachtung eines Anfalls handelt, manchmal derart schwierig, daß nur eine langdauernde Kontrolle zum Ziele führt. Die Anatomie weist meist negative Resultate auf, wenn nicht Traumen irgendwelcher Art die Ätiologie der Krankheit außer Zweifel lassen, nur Gliawucherungen werden hier und da beobachtet; die Art der Erkrankung läßt einen Schluß auf eine Veränderung des Zentralapparates zu, in dem sich auf unbekannte Weise eine Spannung, gleich der in einem elektrischen Induktor, sammelt, die ihre Entladung in einem Anfall findet. Den Sitz der Erkrankung erkannten Kußmaul-Tenner als im Rückenmark befindlich. Sie stellten eingehende Versuche über die Verblutungskrämpfe an und glaubten durch diese ihre Annahme bestätigt. Auch durch Nothnagel schien die medulläre Theorie bestärkt zu werden. Auch er legte auf Grund seiner Reiz- und Durchschneidungsversuche das Ursprungsgebiet des epileptischen Anfalls in das Mark.

Erst Fritsch und Hitzig zeigten durch ihre Versuche am Hunde, daß bei lokaler Hirnrindenreizung echte epileptische Anfälle ausgelöst wurden.

Indirekt bestätigt wurden diese Beobachtungen durch genaueste Untersuchungen von Binswanger, der nachwies, daß niemals, weder durch elektrische noch mechanische

Reizung der Brücke wahre epileptische Anfälle hervorgerufen werden können, daß vielmehr die ausgelösten krampfartigen Bewegungen bei Durchschneidung der Brücke Reflexaktionen sind.

Heute gilt es als sicher, daß es sich um Prozesse in der Großhirnrinde handelt. Der auslösenden Momente gibt es viele. Sicher ist, daß der Alkohol einen geräumigen Platz hierzu einnimmt, wie er ja die Prognose verschlimmert. Ebenso spielen Traumen des Schädeldaches, auch ohne zurückgelassenen nachweisbaren Defekt, eine große Rolle.

Mit zunehmender Erkenntnis der Krankheit nimmt dabei das Gebiet der genuinen Epilepsie stetig ab, wie man ja längst davon abgekommen ist, einen prinzipiellen Unterschied in den beiden Formen der Epilepsie zu sehen.

Die Erkrankung ist nun von mannigfachen psychischen Störungen begleitet. Allerdings nicht immer braucht die Psyche alteriert zu sein: während meines praktischen Jahres hatte ich Gelegenheit einen schweren Epileptiker zu beobachten, der, außer einer bei seinem Bildungsgrad wohlverständlichen Depression, im Vollbesitze seiner gesunden seelischen und geistigen Eigenschaften war, und trotz seiner 15jährigen Krankheit eine Staatsprüfung mit „gut" bestand. Leider geht meistens jedoch die Krankheit mit z. T. starken Komplikationen einher. Nach Binswanger und Siemerling teilt man diese auftretenden Seelenstörungen am besten in 3 Gruppen ein:

1. eine fortschreitende, degenerative Veränderung des Charakters und der geistigen Individualität;
2. anfallsweise auftretende Zustände transitorischer Bewußtseinsstörungen oder Dämmerzustände;
3. die verschiedenartigsten die Epilepsie komplizierenden Psychosen.

Zweifellos am interessantesten, oft rätselhaft ist die Kategorie 2. Solch geartete Dämmerzustände können scheinbar ganz losgelöst von der Haupterkrankung auf-

treten. Sie können vor dem epileptischen Anfall in die Erscheinung treten, sie können ihm folgen, ja sie können ihn sogar ersetzen. Hoffmann spricht in diesem Falle von einem epileptischen Äquivalent, d. h. einer nicht mit einem Anfall verknüpften transitorischen Bewußtseinsstörung. Recht treffend definiert diese Westphal in einem Gutachten: „Es gibt Zustände von der Dauer von Minuten bis Stunden, in welchen das Bewußtsein derart tief gestört sein kann, daß der Betreffende sich in einem Ideenkreise bewegt, der wie losgelöst scheint von seinem normalen, auf Grund dessen und der damit verknüpften Gefühle und Willenserregungen er Handlungen begeht, welche dem gewöhnlichen Inhalte seines Denkens völlig fremdartig sind und keine Beziehungen dazu haben, ohne daß dabei die Fähigkeit der zusammenhängenden und bis zu einem gewissen Grade unter sich folgerichtigen Handlungen aufgehoben wäre.“ Nach Siemerling ist es dabei durchaus nicht nötig, daß diese Zustände mit Bewußtlosigkeit verknüpft sind, vielmehr ist ausschließlich im veränderten Bewußtsein das Kriterium zu erblicken.

Diese Leitung des Willens in gewisse Bahnen derart, daß man eher von einer völligen Willenlosigkeit reden könnte, da der Kranke wie ein Automat zur Ausführung bestimmter Handlungen durch irgend einen plötzlichen Impuls bei Schwächung der Hemmungsmomente getrieben wird, veranschaulicht folgender Fall (Fall 1) aus der Kieler Nervenklinik, den mir Herr Geheimrat Prof. Dr. Siemerling gütigst zur Verfügung stellte.

Fall 1. I. Aufnahme.

Am 26. V. 08 wird der Zigarrenmacher Th. von seiner Frau in die psychiatrische und Nervenklinik zu Kiel gebracht.

Anamnese: Pat. ist unehelich geboren, die Familienverhältnisse des Vaters sind unbekannt, die Mutter

nervös. Die Erziehung des Th. scheint eine mangelhafte gewesen zu sein, er wuchs im Hause seines Großvaters auf, wurde mit 15 Jahren zu einem Schlachter in die Lehre gegeben, lief aber davon (1883 April), weil der Meister ihn gezüchtigt habe. Versuche, ihn wieder dort unterzubringen, hatten keinen Erfolg, er entlief immer, trieb sich vagabundierend umher; der Großvater verweigerte ihm die Aufnahme. Während der Jahre 1884—1888 scheint er sich immer vagabundierend umhergetrieben zu haben, er meldete sich wiederholt als obdachlos und wurde mit verschiedenen Freiheitsstrafen bestraft. Im Jahre 1888 wurde er wegen eines Einbruchdiebstahls zu 1 Jahr Gefängnis verurteilt. Dann ist er im Jahre 1889 noch viermal bestraft wegen Bettelns und Nichtbeschaffung eines Unterkommens. Am 14. XI. 1889 wurde er dann als Kanonier bei der 5. Batterie des Schleswigschen Feld-Art.-Reg. Nr. 9 eingestellt.

Im ersten Jahre seiner Dienstzeit wurde ihm ein Urlaub verweigert, was er sich so zu Herzen nahm, daß er einen Anfall bekam, den er wie folgt beschreibt: „Beim Exerzieren fing ich plötzlich an zu pfeifen, sprang herum und wurde in die Kaserne gebracht; das Bewußtsein hatte ich nicht verloren und weiß mich des ersten Anfalls deutlich zu erinnern".

Nach einem Ruhetage war er wieder dienstfähig. Dann ist er gesund gewesen bis zum 18. V. 1892; beim Turnen fing Th. auf einmal an zu pfeifen, drohte mit dem Finger, stieß und nickte mit dem Kopf immer nach vorn und ging in dieser Weise auf den Sergeanten, dann auf den Leutnant zu. Hierauf wurde er von 2 Kanonieren fortgebracht. Hinterher schlief er längere Zeit und hatte von dem ganzen Vorgange später keine Erinnerung. Ähnliche Anfälle sind noch mehrfach beobachtet, doch blieb es den Beobachtern zweifelhaft, ob die Besinnung aufgehoben war; ein derartiger Anfall ist von dem beob-

achtenden Arzte mehr als Wutanfall aufgefaßt. Einen deutlichen Anfall mit Verlust des Bewußtseins hat Th. aber noch am 18. IX. cr. gehabt. Mit Rücksicht auf das üble Vorleben des Kranken und bei seiner tiefgesunkenen Moral wurde zunächst an Simulation gedacht. Generalarzt Dr. C. beschreibt in seinem Gutachten vom 26. X. 92 einen Anfall des Th. folgendermaßen:

„Am 16. VIII. Heute nachmittag, genau 3½ Uhr ward ich durch Rufen mehrerer im Garten sich ergehender Patienten zum Kanonier Th. hinausgerufen. Ich eilte in den Garten und fand ihn flach am Boden liegend, die Füße dem ca. 20 Schritt entfernten Gartenzaun zugewandt. Er stöhnte, die Pupillen reagierten träge und unregelmäßig, sie waren relativ weit. Die Zunge blutete nicht. Kein Schaum vor dem Mund (nur etwas schmutzig-gelber Schleim). Die Glieder, nicht in starrer Streckung, waren schlaff und gaben Bewegungen nach. Anfangs reagierte er auf Anruf nicht, indes nach ca. 1 Minute schien er besinnlich. Ich ließ ihn auf die Bank heben und er sprach sofort klar und verständig, klagte über Mattigkeit. Auf mich machte der Unfall weniger den Eindruck eines Krampfes, als vielmehr den eines heftigen Wutanfalles. Als Ursache wird nur ein sehr erregter Wortwechsel mit Musketier Sch. angegeben, mit dem er Karten gespielt. Hierbei brach ein Streit aus, Th. wollte angeblich jenem zu Leibe gehen, erhielt dabei einen Stoß vor die rechte Brust und fiel nun unter Wutgeschrei und Toben."

Als Resultat des Gutachtens wird die Frage der Simulation offen gelassen, doch darauf hingewiesen, daß es sich um epileptische Äquivalente handeln könne. Darauf wurde Th. der Provinzial-Irrenanstalt zu Schleswig überwiesen. Auch während dieser Zeit wurde ein Anfall beobachtet:

„30. XI. Heute morgen verändert, klagt beim Aufstehen über Kopfschmerzen, hilft noch bei einigen Arbeiten

und nimmt seinen Kaffee. Dann findet ihn der Wärter an seinen Türpfosten gelehnt mit auffallend blassem, starrem Gesichtsausdruck. Pat. wird dann nach einem Sitzplatze geführt, kann auch noch gehen, allerdings mit schlotternden Knien. Er bleibt ruhig sitzen, bewegt die Lippen und stößt einige gurgelnde Töne aus, dieser Zustand währt etwa 20 Minuten. Dann ist er wieder besinnlich, weiß aber garnicht, was mit ihm vorgegangen ist. Der Kopf ist ihm auch hinterher noch schwer und eingenommen, Pupillen mittelweit, von sehr träger Reaktion."

Die Diagnose lautete: Seelenstörung mit Epilepsie. Dort wurde er am 31. I. 93 als gebessert entlassen.

1895 heiratete er dann. Er hat dann noch immer an Krämpfen gelitten, die manchmal 1/4 Jahr ausblieben, oft jedoch wöchentlich, meistens nachts auftraten. Er betrank sich häufig, da er nichts vertragen kann. Da er zu Hause oft heftig wird und die Anfälle sich mehren, wird er am 26. V. 08 von seiner Frau in die psychiatrische und Nervenklinik zu Kiel gebracht.

Status pr. Th. ist von kräftigem Knochenbau mit gut ausgebildeter Muskulatur und guter Ernährung.

Seine Größe ist 171 cm, das Gewicht 66,5 kg, die Temperatur 37,1 °.

Das Gesicht ist normal gerötet, die Haare sind leicht ergraut. Auf dem Vorderkopf sind glatte Narben sichtbar, einige kleine auf dem Mittelkopf. Der Kopf ist nirgends empfindlich. Seine Maße sind $19^1/_2 : 15 : 57$.

Die Pupillen sind über mittelweit, gleichrund und leicht entrundet.

Die Reaktion auf Konvergenz ist träge und unausgiebig.

Die Reaktion auf Licht ist besser.

Die Augenbewegungen sind frei.

Die Konjunktiva zeigt Spuren früherer Blutungen.

Die Muskulatur der Gesichtshälften zeigt keinen deutlichen Unterschied.

Die Sprache ist nicht gestört.

Die Zunge wird gerade herausgestreckt und zittert nicht, sie ist nicht belegt und zeigt keine deutlichen Bißnarben.

Die Gaumenbögen sind gehoben, der Rachenreflex ist positiv.

Es besteht schnaufende Atmung, zeitweise 16 in der Minute, zeitweise stark beschleunigt.

Die Lungen sind o. B.

Die Herzdämpfung hat folgende Grenzen: oberer Rand der IV. Rippe, 1. Sternalrand 1. Mamillarlinie.

Der Abstand der Mamille von der Mitte des Sternums beträgt 11,5 cm.

Der Spitzenstoß ist im V. Interkostalraum sicht- und fühlbar, stark hebend, reicht bis an die Mamillarlinie und ist 3 Finger breit.

Es besteht ein lautes systolisches Geräusch an der Herzspitze.

Die Hände zittern stark und sind blaurot.

In der Ellenbogengegend sind einige blaurote Verfärbungen der Haut.

Die Reflexe der oberen Extremitäten sind normal.

Der Cremaster- und Abdominalreflex ist positiv.

Die Patellarreflexe sind lebhaft, der der Achillessehnen positiv.

Die Zehen werden auf Reiz plantar bewegt.

Es besteht Plattfuß.

Die Füße sind blaurot.

Das Rombergsche Ph. ist negativ.

Die Nervenstämme der Extremitäten sind druckunempfindlich.

Das Gefühl für spitz und stumpf wie für Schmerzempfindung ist normal.

Status psych. Th. ist örtlich und zeitlich orientiert.

26. V. 08 bekommt Th. einen Anfall: Als er vom Bad ins Bett gebracht ist, streckt er plötzlich Arme und Beine aus, wirft sich auf die linke Seite und bleibt so liegen.

Die Pupillen sind gleichweit und rund, die Reaktion auf Licht ist positiv. Bei Annäherung des Lichtes kneift er die Lider zu.

Der Cornealreflex ist positiv.

Nadelstiche werden nicht beachtet.

Die Arme sind erhoben, im Ellenbogengelenk leicht gebeugt und vollführen schlagende Bewegungen im Takte der Atmung. Die Hände hängen schlaff herab.

Die Beine sind gestreckt und passiv nicht zu beugen.

Das Babinskysche Ph. ist negativ, der Patellarreflex nicht auszulösen.

Ein Einnässen findet nicht statt.

Der Mund ist geöffnet, Zungenbiß und Schaumbildung findet nicht statt.

Die Atmung ist sehr beschleunigt (160) und schnaufend.

Der Puls ist nur undeutlich fühlbar, sehr unregelmäßig und bei jedem 2. bis 3. Schlag aussetzend.

Die Hände sind stark cyanotisch.

Nach einigen Sekunden werden die Pupillen kleiner, die Spannung der Beine löst sich, der Pat. setzt sich aufrecht und hat anscheinend große Atemnot; er sagt: „Es geht zu Ende!“ und bittet um Wasser.

Dann wird er ruhiger, ordnet sein Kopfkissen selbst, legt sich hin und antwortet auf Befragen: diese Anfälle kämen selten. Er ißt etwas. Der Urin zeigt eine deutliche Trübung und enthält Eiweiß.

29. V. Th. gerät morgens plötzlich in Erregung und schimpft auf die Wärter. Den Tag über ist er ruhig und geordnet. Appetit und Schlaf sind gut.

2. VI. Th. ist ruhig, steht auf, geht im Garten spazieren, beschäftigt sich etwas und fühlt sich dabei wohl.

5. VI. Er hilft bei den häuslichen Arbeiten, benimmt sich ruhig. Die Atmung ist ruhig und gleichmäßig, die Cyanosen wesentlich geringer. Die Herztätigkeit ist ruhiger, aber noch sehr unregelmäßig.

12. VI. Er schimpft heftig, daß sein Kaffee kalt gewesen wäre; er könne das nicht vertragen, weil er herzleidend sei. Dabei ist die Atmung heftig schnaufend.

16. VI. Th. hat sich wieder beruhigt. Über den Vorfall zur Rede gestellt, gibt er an, er habe nicht den Kaffee, sondern die Milch gemeint.

Er hat kalte, blaue Hände. Wenn man mit ihm spricht, regt er sich körperlich sichtlich auf, atmet schnell und schnaufend, beruhigt sich aber rasch, wenn man ihm keine Aufmerksamkeit mehr schenkt.

27. VI. Th. arbeitet, er regt sich über alles auf.

6. VII. Der Pat. ist erregt, atmet schnell. „Es gehe ihm schlecht“. Er sei so erregt, weil sich 2 Patienten geschlagen hätten. Er sei in der Nacht ganz unruhig davon gewesen. Er ist auch nicht zufrieden, als ihm gesagt wird, die Sache würde untersucht; dann läßt er sich plötzlich fallen, schaukelt mit dem Kopf, der vom Boden abgehoben ist und zittert mit den Beinen. Auf energische Zurechtweisung hin steht er auf, zieht sich auf Befehl aus und legt sich ins Bett; droht einem Patienten. Er ist völlig klar. Das Gesicht war im Anfall nicht verändert.

7. VII. Heute ist er ruhig und klar.

11. VII. Th. ist bisweilen aufgeregt, er bekommt leicht Streit. Er drängt auf Entlassung.

30. VII. Pat. ist im allgemeinen ruhig und geordnet, ebenso am 11. VIII. und 12. IX.

27. IX. In den letzten Tagen zeigt er widerspenstiges Benehmen, sonst ist er völlig ruhig.

Er wird von seiner Frau abgeholt und als gebessert entlassen.

Auf Grund des Untersuchungsbefundes und der Beobachtung wird die Diagnose: „Alk. chron. Hysterie mit Anfällen“ gestellt.

Fall 1. II. Aufnahme.

Th. wird aus dem Armenhause von J. wegen tätlicher Angriffe mit einem Messer der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel am 19. II. 10 eingeliefert.

Anamnese cfr. I. Aufnahme.

Seit seiner Entlassung am 27. IX. 08 hat er leichte Haus- und Gartenarbeit verrichtet, hier und da „einen Kleinen“ getrunken.

Er habe mehrere Anfälle gehabt, einen Hautausschlag bekommen und ist deswegen vor 4 bis 5 Wochen ins Armenhaus gegangen. Hier hat er nach Ärger 3 mal einen Anfall gehabt und hat andere Insassen mit Messern bedroht. Ein Bewußtsein dieser Vorgänge habe er nicht.

Der Status pr. ist im wesentlichen derselbe wie am 26. V. 08 bis auf folgendes:

Puls 72; er ist irregulär, auf 1 oder 2 kräftige Schläge folgen gewöhnlich mehrere rasche, kaum fühlbare.

Die Herzdämpfung ist nach rechts etwas verbreitert, der Spitzenstoß ist undeutlich innerhalb der Mamillarlinie fühlbar.

Die Reflexe sind im allgemeinen sehr lebhaft.

Der Abdominal- und Cremasterreflex sind nicht auszulösen.

Die vasomotorische Erregbarkeit ist sehr deutlich vorhanden.

Die mechanische Muskelerregbarkeit ist gesteigert.

Die Temperatur beträgt 37,5 °.

Status psych.: Th. ist zeitlich und örtlich orientiert.

21. II. Th. atmet im Bett ruhig und fühlt sich wohl. Schlaf und Appetit sind gut.

24. II. Wie tags vorher.

27. II. Th. steht für einige Stunden auf.

1. III. Er hat Streit mit anderen Patienten, ist sehr erregt und atmet schnaufend. Hände und Gesicht zeigen starke Cyanosen.

5. III. Th. ist wieder vollkommen ruhig und steht den größten Teil des Tages auf. Der Puls ist unregelmäßig. Die Cyanosen sind nur noch unbedeutend.

9. III. Er ist ruhig und guter Stimmung und geht im Garten spazieren.

14. III. Der Patient fühlt sich wohl und verlangt Entlassung.

22. III. Th. wird gebessert in die Provinzial-Irrenanstalt zu Schleswig überführt.

Auf Grund des Untersuchungsbefundes und der Beobachtung wird die Diagnose: „Seelenstörung mit Hysterie, begleitet von Erregungszuständen und Anfällen", gestellt.

Fall 1. III. Aufnahme.

Th. wird wegen tätlicher Angriffe auf Polizeibeamte als gemeingefährlich der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel eingeliefert am 7. V. 12.

Anamnese cfr. II. Aufnahme.

Nach seiner Entlassung am 22. III. 10 war Th. vom 22. III. 10 an in der Provinzial-Irrenanstalt zu Schleswig untergebracht und dort am 2. VI. 10 ungeheilt entlassen worden. Er ist dann starker gewohnheitsmäßiger Schnapstrinker geworden. Seine Anfälle haben sich vermehrt, die ihm in solchen Anfällen zu nahe tretenden Personen bearbeitete er mit Fußtritten und Faustschlägen.

Der Status am 7. V. 12 ist bis auf folgendes im wesentlichen derselbe wie am 19. II. 10:

An den Ohren sind sehr starke Capillarektasien sichtlich. Die linke Gesichtshälfte ist besser motorisch innerviert als die rechte, im ganzen aber nur schlecht; die rechte Hälfte erscheint eingesunken.

Die Konjunktiven sind wässerig injiziert.

Der Augenhintergrund ist etwas hyperämisch, die Grenzen sind normal, die Gefäße auffallend stark gefüllt und geschlängelt.

Beim Atmen zeigen sich starke inspiratorische Einziehungen im 2. und 3. J. R. und supraclavicular.

Über den Lungen hört man lebhaft schlürfende Geräusche.

Die Abdominalatmung ist deutlich.

Th. hustet von Zeit zu Zeit krampfhaft.

Die Herztöne sind paukend, an der Spitze systolisches Blasen.

Puls 40, zeitweilig nicht zu fühlen, zeitweise ist das Gefäßrohr gespannt.

Die mittlere Partie des M. deltoidens ist atrophisch.

An den Unterschenkeln befinden sich ausgesprochene Varizen.

Der Bauchdeckenreflex ist deutlich, der Cremasterreflex lebhaft.

Das Kniephänomen ist deutlich gesteigert, links stärker als rechts.

Die Haut zeigt enorme Dermographie.

Status psych. Th. ist über Personen, Zeit und Ort orientiert; er gibt auf Fragen, das Allgemeinwissen betreffend, im ganzen richtige Antworten.

10. V. Mittags nach dem Essen bekommt Th. einen Anfall: Er fällt plötzlich elementar vom Stuhl nach rechts herunter, liegt mit nach rechts gedrehtem Kopfe auf dem Fußboden, hat tonische bis klonische Zuckungen, besonders in der rechten Körperhälfte im Schlagrhythmus von ½ Sekunde, ist am ganzen Körper, besonders im Gesicht und an den Extremitätenenden, schwärzlich-blau-rot; die Augen sind halb geöffnet, die Pupillen über mittelweit, rund, gleich, völlig lichtstarr.

Facialis: r. = l. Nystagtische Zuckungen. Er atmet röchelnd und oberflächlich, hat starken Speichelfluß. Der

Bauchdeckenreflex ist positiv; das Kniephänomen momentan nicht prüfbar. Deutlicher Babinsky ist nachweisbar, links nur an der großen Zehe, rechts findet Plantarflexion der übrigen Zehen statt. Der Achilles ist positiv. Puls nicht fühlbar. Kein Einnässen vorhanden.

Nach ca. 2 Minuten werden die Pupillen enger, reagieren immer noch nicht auf Licht. Kniephänomen ist jetzt gesteigert, gleich auf beiden Seiten.

Er reagiert nicht auf Nadelstiche.

Er wird zu Bett gebracht, kann bei allmählicher Rückkehr des Bewußtseins, als er schon auf Nadelstiche etwas reagiert, trotz Bemühung die Augen nur nach rechts und nicht über die Mittellinie hinüber nach links einstellen.

11. V. Heute ist Th. wieder frei und hilft bei der Hausarbeit, geht mit in den Garten.

20. V. Er ist ruhig und geordnet, schläft und ißt gut, arbeitet fleißig.

1. VI. Er möchte nach Hause, fühle sich sehr wohl. Es sei Schuld der Polizei, daß er hier sei; wenn er seine Anfälle habe, solle man ihn nur ruhig liegen lassen; wenn man ihn anfasse, dann werde er wütend. Von seinen Anfällen wisse er nie etwas, nur hinterher merke er es.

Er wolle wieder seine Zigarrenarbeit aufnehmen.

13. VI. Am Abend hat er geschwollene Füße.

15. VI. Puls ist sehr unregelmäßig und klein.

Nun wird Digalen verordnet.

Heute sind die Beine völlig abgeschwollen, er fühlt sich wohler und besser und steht wieder auf.

Er beschäftigt sich mit Helfen bei der Hausarbeit und will nicht in den Garten gehen.

16. VI. Er hat Streit mit anderen Kranken, ist gereizter Stimmung.

18. VI. Wieder angeschwollene Füße, stark blaurote Verfärbung von Gesicht, Händen und Füßen.

20. VI. Pat. liegt im Bette, fühlt sich etwas wohler, hat kurze, beschwerliche Atmung.

Temperatur: 38,8 °. Digitalis.

23. VI. Puls ist sehr klein, fadenförmig, unregelmäßig.

Hautanasarken an Beinen, Skrotum, Vorhaut, Bruch. Atmung erschwert. Hustet, wirft blutig-lingierten Schleim aus.

24. VI. Heute sind alle Erscheinungen geringer, Pat. fühlt sich wohler und leichter.

25. VI. Körperwärme 37,6 °. Th. sieht nicht mehr so blau aus. Puls ist besser, regelmäßiger, kräftiger. Schwellungen allenthalben fast geschwunden.

27. VI. Th. steht heute auf. Er habe sich niemals seit langer Zeit so wohl gefühlt, sei garnicht mehr blau. Die Schwellungen sind zurückgegangen.

29. VI. Er schläft und ißt gut, fühlt sich wohl. Steht zeitweise auf, hat aber vielfach mit anderen Kranken Streit.

1. VII. Wird heute ungeheilt nach Neustadt überführt.

Auf Grund des Untersuchungsbefundes und der Beobachtung wird die Diagnose: „Seelenstörung mit Epilepsie“ gestellt.

Ein anderer Fall veranschaulicht ebenfalls eine durch geistige Störung komplizierte Epilepsie und zwar diejenige Form, bei der es sich um eine fortschreitende Degeneration des Charakters und der geistigen Eigenschaften handelt.

Fall 2.

Der Tapezierer J. wird am 25. V. 12 von einem Schutzmann aus dem Gefängnis zu Neumünster der psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel eingeliefert.

Anamnese: Über seinen Geburtsort, seine Eltern und Angehörigen und ersten Lebensjahre weiß J. nichts anzugeben.

Er war einmal in der Erziehungsanstalt zu Flensburg untergebracht. Nach seiner Konfirmation (mit 15 oder 16 Jahren) war er als Sattler in der Lehre auf Alsen, dann

auf Wanderschaft. Gelernt hat er nie gut. Er kam mit seinen Meistern nicht immer gut aus, da er viel trank, besonders Schnaps und Grog. In Dänemark wurde er wegen Körperverletzung bestraft und des Landes verwiesen. In Deutschland kam er darauf mehrfach mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt und zwar wegen Diebstahls, Sachbeschädigung, gefährlicher Körperverletzung und Betrugs. Vom 3. II. 09 bis 8. II. 10 war er in der Zentralabteilung der Strafanstalt zu Münster, dann vom 8. II. 10 bis 9. III. 10 in der Provinzial-Heilanstalt Warstein. Hier wurden 2 epileptische Anfälle beobachtet. Von hier wurde er der Provinzial-Irrenanstalt Neustadt überwiesen, woselbst er mehrere epileptische Anfälle erlitt. In der dortigen Krankengeschichte wird ein Dämmerzustand beschrieben:

„18. I. 11. Heute früh bemerkte der Aufseher, daß J., nachdem er früh noch guter Stimmung und friedlich war, gegen 7,20 Uhr grußlos und ohne auf Anrede zu hören an den einzelnen Leuten vorüberging mit bleichem Gesicht und starrem Blick. Bei der Visite saß er auf dem Sofa, reagierte auf keine Anrede, rückte nur in Abwehr weiter auf dem Sofa vom Ref. ab. Gab keine Antwort, starrer Blick, bleiches Gesicht, zusammengepreßter Mund, Kopf hing etwas nach vorn über.

19. I. Heute völlig klar, totale Amnesie für die gestrigen Vorgänge.“

Am 18. II. 12 entwich er aus der Anstalt. Seitdem trieb er sich mit fremden Papieren umher, wurde dann wegen eines Vergehens festgenommen und dem Gefängnis Neumünster eingeliefert; von dort wurde er am 25. V. 12 in die psychiatrische und Nervenklinik zu Kiel überführt. Seine ersten Anfälle bekam er vor 1900, aber erst als Erwachsener.

Status pr.: Größe 163 cm, Gewicht 59 kg, Temperatur 37 °,

Der Knochenbau ist kräftig, die Muskulatur schlaff.

Die Ernährung ist leidlich, Gesicht leicht gebräunt.

Die Ohrläppchen sind angewachsen, unter den Augen leichtes Ödem.

Die Wangen sind eingefallen.

A. temporalis geschlängelt.

Das Gesicht zeigt tiefe Furchen und ist fettglänzend.

Der Schädel ist nirgends empfindlich; 19 : 16¼ : 57.

Die Augenbrauen sind zusammengewachsen.

Die Pupillen sind mittelweit, gleichrund.

Die Reaktion auf Licht und Konvergenz ist prompt.

Die Augenbewegungen sind frei.

Die Gesichtsmuskulatur ist links etwas stärker als rechts.

Die Zunge wird gerade herausgestreckt und zittert, sie ist leicht belegt, bläulich und zeigt rechts und links narbenverdächtige Stellen.

Das Gebiß ist defekt, der Gaumen o. B., Reflex lebhaft, Rachen gerötet.

Die Sprache ist langsam, zögernd, jeder Buchstabe wird hervorgepreßt, zuweilen stotternd.

Die Brust ist behaart und zeigt Dermographie.

Lungen o. B.

Herz 2. Aortenton akzentuiert.

Puls 56, sehr kräftig und regelmäßig.

Die ausgestreckten Hände zittern mit zunehmender Stärke.

Bauchdeckenreflex positiv.

Cremasterreflex positiv.

Kniephänomen lebhaft, gleich.

Achillessehnenreflexe positiv.

Die Zehen werden auf Reiz nur schwach plantar flektiert.

Romberg stark positiv.

Links syndaktische 2. und 3. Zehe, rechts angedeutet.

Der Leib ist leicht gespannt.

Die Magengegend ist druckempfindlich.

Die Angaben über spitz-stumpf sind sehr ungenau.

Die Schmerzempfindung ist allgemein herabgesetzt.

Status psych.: J. ist schlecht örtlich und zeitlich orientiert. Über seine Person kann er nur unvollkommene Angaben machen. Er zeigt starke Demenz.

Den Grad dieser erläutern folgende Fragen und Antworten:

(7 + 19) 25 . . . .

(7×9) +

(7×19) 113 . . . . .

(133—17) . . . . . .

(12+14) +

(12+14+29) . . . .

(Kaiser) +

(Reichstag) Dazu wird gewählt; da werden welche hingeschickt . . . . die machen Gesetze.

(Deutsch-französischer Krieg) —

(Provinzen Preußens) Schleswig, Mecklenburg, Ost-, Westpreußen, Brandenburg, Posen . . . .

(Irrtum—Lüge) Keiner.

(Treppe—Leiter) Beide kann man heruntergehen, eine gerade gehend, die andere im Zickzack.

(Fluß—See) Steht—läuft.

(1 Pfd. Eisen—Federn) Gleich.

(Sonne) Die ist hell und warm.

Er weint während der Untersuchung öfters kindlich, jammert und schluchzt und zeigt einen traurigen Gesichtsausdruck.

30. V. J. hilft etwas bei der Hausarbeit, liest; hat keine Klagen.

5. VI. Anfälle wurden bisher nicht beobachtet. Meist ist er etwas gedrückt, steht häufig herum, in schlaffer Haltung, weicht oft bei der ärztlichen Visite aus, liegt

verträumt auf der Fensterbank, gelegentlich ist er gereizt, läuft weg, wenn man ihn anredet und rumort vor sich hin.

10. VI. Äußerlich ganz ruhig; unterhält sich viel mit bestimmten Mitpatienten und hilft bei der Hausarbeit.

20. VI. Pat. zeigt wenig Initiative, ist immer etwas verträumt, macht gelegentlich wehleidigen Eindruck, spricht spontan wenig, hört bei der Unterhaltung von Mitpatienten interessiert zu, ohne selbst viel sich am Gespräch zu beteiligen.

24. VI. Heute klagt er wieder über Kopfschmerzen.

1. VII. J. liest öfter, unterhält sich gern mit Mitpatienten, zeigt dauernd gedrücktes Wesen, beschäftigt sich auf der Abteilung.

6. VII. Er will einem Pfleger klarmachen, wie er ein Moosbett herrichten solle; nachdem letzterem gesagt wird, er brauche darüber keine große Diskussion mit Pat. zu pflegen, wird J. sehr verstimmt, blickt finster und verweigert von da ab den Handgruß.

12. VII. Heute wird J. ungeheilt nach Neustadt überführt.

Daß es sich in diesem Falle um eine schwere, die Haupterkrankung komplizierende Demenz handelt, scheint außer Zweifel. Das ganze geistige und moralische Niveau ist derart hinabgesunken, daß der Kranke in keiner Weise von seinem Handeln sich Rechenschaft abzulegen imstande ist. Seine Handlungen, die ihn mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt brachten, sind in sinnlosester Weise begangen, ohne daß er einen Vorteil angestrebt hätte. Seine geistige Degeneration macht ihn unfähig, ein nützliches Glied der Menschheit zu sein, seine moralische stempelt ihn zu einem gemeingefährlichen Wesen.

Recht im Gegensatz hierzu sehen wir bei Fall I im Verlauf der Erkrankung nur vorübergehende Störungen auftreten; es sind nur Minuten, während derer sein Bewußtsein derartige Veränderungen erleidet, daß dem Patienten die Verantwortlichkeit für seine Handlungen abzusprechen ist.

Ausgelöst durch einen geringfügigen Anlaß, einen eintretenden Stimmungsumschlag, erscheinen bei ihm die epileptischen Äquivalente. Zunächst wurden diese zwar bei dem Fehlen eines beobachteten epileptischen Anfalls nicht als solche erkannt. Erst durch eine lange Beobachtung ist die Diagnose gefestigt. Dieser Fall zeigt, wie schwierig es unter Umständen sein kann, eine Person mit Bestimmtheit in forensischer Hinsicht zurechnungsfähig zu erklären oder nicht, wenn bei dem Auftreten von Äquivalenten und dem Fehlen degenerativer Charakter- und geistiger Veränderungen die eigentlichen epileptischen Anfälle nicht zur Beobachtung gelangen.

* * *

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling für die liebenswürdige Überlassung der beiden Fälle, sowie für die Anleitung bei Abfassung dieser Arbeit meinen ergebenen Dank auszusprechen.

Literatur.

Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.

Binswanger: Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese des epileptischen Anfalls. Archiv für Psychiatrie, Band XIX.

Feige: Die Geistesstörungen der Epilepsie. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen, Band 1895.

Raecke: Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. Halle 1903, bei Marsels.

Siemerling: Kasuistischer Beitrag zur forensischen Beurteilung der traumatischen Epilepsie mit konsekutiver Geistesstörung. Tübingen 1896.

Lebenslauf.

Ich, Franz Perlia, katholischer Konfession, wurde zu Frankfurt am Main geboren am 9. April 1887, besuchte das Gymnasium zu Krefeld und erhielt dort das Reifezeugnis Ostern 1906. Ich besuchte die Universitäten Lausanne, Marburg, woselbst ich das Physikum bestand, München, Bonn und Kiel. Hier bestand ich im Sommer 1911 das Staatsexamen und war dann ein Jahr als Medizinalpraktikant am städtischen Krankenhause in Siegen tätig.